

Zdraví a měření deprivace užitím socioekonomických deprivčních indexů

H. Šlachtová, P. Fejtková, A. Šplíchalová, P. Polaufová, H. Tomášková

Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě, Česká republika
ředitel: RNDr. Petr Hapala

Výsledky epidemiologických studií prokazují rozdíly v úmrtnosti jednotlivých populací, resp. jejich podskupin, které jsou odrazem souběžného působení řady podmínek a faktorů biogenetického, fyzikálního a psychosociálního charakteru, z nichž některé působí přímo - genetické změny, věk, pohlaví, radiace, kouření, stravování; jiné zprostředkovaně - zejména socioekonomické faktory – např. životní úroveň, zaměstnání, vzdělání apod. Vliv těchto faktorů na zdraví působí především mírou deprivace příslušné sociální skupiny, a to jak deprivace materiální, tak sociální.

Ve vztahu ke zdraví se socioekonomická deprivace projevuje nejen socioekonomickými rozdíly mezi skupinami obyvatel a chudobou; významným faktorem je i solidarita ve vytváření zdrojů poskytování zdravotní péče (přerozdělování ekonomických zdrojů) a spravedlnost v jejím poskytování. V literatuře se uvádí, že nejlepší zdraví nemají lidé z nejbohatších zemí, ale ze zemí, ve kterých je nejmenší diference mezi příjmy nejbohatších a nejchudších – země s větší tendencí k rovnostářství jsou sociálně soudržnější a sociální nerovnost nemá tak negativní dopad na zdraví. U mnoha zdravotních ukazatelů byl prokázán sociálně ekonomický gradient, tzn. že zdravotní stav každé sociální třídy je lepší než zdravotní stav nižší třídy a horší než zdravotní stav vyšší třídy.

Socioekonomická deprivace je měřena jak na úrovni jednotlivce, tak na úrovni oblastí, a k měření je používáno množství socioekonomických deprivčních indexů. Metodiku měření socioekonomického statusu zpracovala i Světová zdravotnická organizace. Deprivace je považována za jednu z nejvýraznějších determinant zdraví; deprivční indexy proto kombinují různé proměnné, které mohou indikovat možnou deprivaci. Individuální linie řeší vztah socioekonomického statusu (SES) jedince a zdraví. Socioekonomické deprivční indexy oblastí jsou založeny na prokázaném vztahu zdravotního stavu a úrovně deprivace obyvatel obytných zón, protože často dochází ke koncentraci příslušníků jednotlivých sociálních skupin na geografickém území. Není významný jen SES jedince, ale také socioekonomický vliv prostředí, ve kterém jedinec/komunita žije. Tento fakt je odůvodněním užití ekologického designu, protože charakteristiky různých společností jsou příčinami rozdílů zdravotních ukazatelů mezi oblastmi a nejsou pouze sumou individuálních charakteristik. Determinanty rozdílů mezi jednotlivci uvnitř populace se mohou lišit od determinantů rozdílů mezi populacemi.

V roce 1991 zpracovali R. Morris a V. Carstairs (autoři nejužívanějšího SESDI ve Velké Británii) přehledovou studii/srovnání socioekonomických deprivčních indexů, které byly v té době používány. Každý z těchto indexů používal poněkud odlišnou metodiku. U indexů se vyskytuje řada metodologických problémů, z nichž k nejvýznamnějším patří určení dimenzí deprivace a výběr optimálních položek (absence některé z položek ještě nemusí znamenat deprivaci). Může také dojít k záměně deprivace a životního stylu (např. ekologové odmítají auto). Některé indexy to řeší tak, že položky váží mírou nezbytnosti - jaká jim je v populaci připisována. Indexy většinou obsahují: nezaměstnanost, hustotu bydlení, neuspokojivé majetkové poměry obvyklé pro danou společnost (rodina nevlastní dům, auto), příslušnost k nízké sociální třídě atd.

Prezentace přináší přehled nejpoužívanějších deprivčních indexů a faktorů, které do těchto indexů vstupují. Obecně není možno indexy používat v jiných zemích, než ve kterých vznikly, z důvodů rizika statusové inkonzistence.

Tato studie byla realizována v rámci grantového projektu IGA MZ ČR č. NR 8480-3: Konstrukce socioekonomického deprivčního indexu pro analýzu rutinně sbíraných dat o zdravotním stavu populace s možností využití GIS.